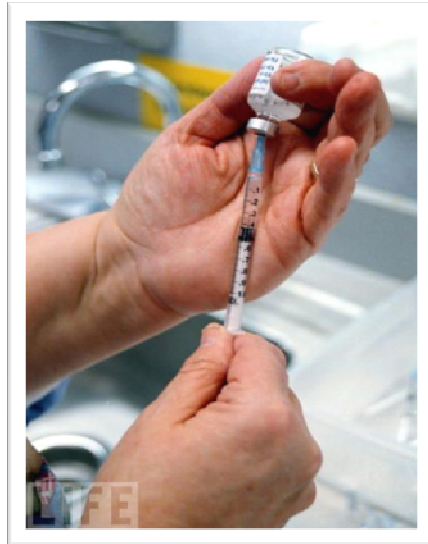


Influensavaksinering av KOLS-pasienter i allmennpraksis



KLOK gruppe 11:

Leder: Anne Marte Schrøder-Aasen

Hans Arnkværn, John Bjørneboe, Øyunn Kleiven,

Tone Negård & Ingrid Aamodt Os.

Prosjektoppgave i faget KLOK

Vår 2010

Det medisinske fakultet

Institutt for allmenn og samfunnsmedisin

UNIVERSITETET I OSLO

Innholdsfortegnelse

INNHALDSFORTEGNELSE	2
SAMMENDRAG	3
INTRODUKSJON OG KUNNSKAPSGRUNNLAG	4
<i>Diagnose, prevalens og behandling:</i>	4
<i>Problemer med systematisert gjennomføring av influensavaksinen for KOLS-pasienter:</i>	4
<i>Influenza</i>	5
<i>Influensavaksine</i>	5
<i>Norske retningslinjer</i>	5
<i>Vaksinedekning</i>	5
<i>Dokumentasjon på effekt av vaksinen</i>	6
<i>Søkemetoder</i>	7
FORBEDRINGSPROSESSEN	8
<i>Praksis for influensavaksinering i Norge</i>	8
<i>Litteraturgrunnlag; hvordan øke vaksinasjonsdekningen?</i>	8
<i>Intervensjon</i>	9
<i>Indikatorvalg</i>	10
<i>Fordeler ved denne intervensjonen</i>	10
<i>Ulemper ved denne intervensjonen</i>	10
<i>Andre intervensjoner som ble diskutert</i>	11
PROSESS OG ORGANISERING FOR BEDRE PRAKSIS	12
<i>Gjennomføring</i>	12
<i>Informasjonsmøte</i>	12
<i>Ledelsesaspekt</i>	13
<i>Proessen</i>	13
<i>Evaluering</i>	14
<i>Resultat</i>	14
<i>Diskusjon</i>	15
PROSJEKTOPPGAVE DEL II	16
<i>Beskrivelse av gruppeprosessen</i>	<i>Feil! Bokmerke er ikke definert.</i>
<i>Oppgaven</i>	<i>Feil! Bokmerke er ikke definert.</i>
REFERANSELISTE	17

Sammendrag

Bakgrunn

Over 200 000 nordmenn er rammet av KOLS. Pasienter med KOLS opplever redusert livskvalitet, økt morbiditet og mortalitet, spesielt i forbindelse med samtidige luftveisinfeksjoner.

Kunnskapsgrunnlag

Internasjonale og nasjonale retningslinjer anbefaler at personer med KOLS influensavakseres årlig for å redusere risikoen for pneumoni, sykehusinnleggelse og død under en influensaepidemi.

Tiltak og metode

Vi ønsker å gjennomføre en journalgjennomgang, for å finne frem til alle pasientene ved legekantoret som er rammet av KOLS. Samtidig som vi finner frem til pasientene som har fått diagnosen, vil vi og registrere hvem som foregående år fikk influensavaksine. Slik at vi kan sammenligne andelen som fikk influensavaksine før og etter vår intervensjon.

Organisering

Vi har vært i kontakt med flere legekantor som kan tenkte seg å delta på prosjektet vårt. Vi vil i samarbeid med legekantoret gå gjennom pasientlistene, slik at vi får et register over pasienter med KOLS, og andelen av dem som fikk influensvaksine i fjor. Deretter vil vi formulere et standardbrev, som vil innholde informasjon om vaksinasjonen, hvorfor, hvor og når. Dette brevet vil bli sendt til alle pasientene som er registrert med diagnosen KOLS. Det vil samtidig bli bestilt inn vaksiner, slik at vi har tilstrekkelig antall doser tilgjengelig. Deretter vil pasientene få mulighet til å komme innom, og få satt vaksinen. Underveis vil det bli gjennomført informasjonsmøter og samlinger for å øke oppmerksomheten og gi liv til prosjektet.

Vurdering

Resultatet av prosjektet vil bli vurdert i forhold til indikatoren. Er det en større andel av de med KOLS som fikk vaksinen i år enn det var året før. Forhåpentligvis vil tiltaket føre til at andelen som vaksineres øker. Det vil og bli gjennomført et evalueringsmøte, med alle involverte parter og prosjektgruppen. Hvor erfaringene rundt prosjektet vil bli gjennomgått, og man vil ta stilling til om tiltaket skal videreføres.

Introduksjon og kunnskapsgrunnlag

Diagnose, prevalens og behandling:

Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er et syndrom som kjennetegnes av hoste, økt slimproduksjon og tungpust. Tilstanden deles inn i emfysem og kronisk obstruktiv bronkitt. På bakgrunn av spirometrimålinger skiller man mellom GOLD-stadier etter alvorlighetsgrad (1;2).

KOLS karakteriseres av luftveisobstruksjon pga økt inflammasjon i lungevevet, spesielt perifert. Inflammasjonen fører til ødem i alveolene, destruksjon av alveolesepta og elastiske fibre, hypertrofi av glatt muskulatur og kjertler, økt viskositet av sekretet, samt destruksjon av cilier. Den økte viskositeten av sekretet resulterer i sekretstagnasjon. Alveolene klapper da lettere sammen under ekspirasjon, og den totale alveoleoverflaten blir mindre. Den viktigste risikofaktoren for utvikling av KOLS er røyking. Man regner med at 80-90 % av KOLS-tilfellene skyldes røyking, andre risikofaktorer er alfa1-antitrypsinmangel, støv, gass og kjemikalier (1).

Behandlingen av KOLS tar sikte på å hindre videre utvikling av sykdommen, lindre symptomer, bedre arbeidskapasitet og livskvalitet samt minske dødeligheten. Røykeslutt bør være den første behandlingen pasienten anbefales. Videre brukes forskjellige medikamenter etter alvorlighetsgrad (kort- og langtidsvirkende beta-agonister, antikolinergika, glukokortikoider m. fl). Oksygen brukes ved alvorligere stadier av KOLS. Influensavaksine anbefales til alle pasienter med KOLS uansett stadium (2-4).

Prevalensen av KOLS i den norske befolkningen er ca 4-6 % og øker med økende alder. Eksaserbasjoner grunnet luftveisinfeksjoner er alvorlig og ofte livstruende for pasientene, tross av at de ofte er marginale i utgangspunktet. Luftveisinfeksjoner fører til økt morbiditet og mortalitet, og i 2003 var KOLS hoved- eller bi-diagnose ved over 300 000 liggedøgn på sykehus (1). Forebygging av infeksjoner, som vaksinerings, er dermed et viktig ledd i oppfølgingen av KOLS-pasienter.

Problemer med systematisert gjennomføring av influensavaksinen for KOLS-pasienter

Det finnes per i dag ikke noe sentralt KOLS-register, og dermed kalles ikke pasienter inn til vaksinerings fra sentralt hold. Det er derfor tilsynelatende tilfeldig hvilke pasienter som kjenner viktigheten av vaksinasjon, og blir vaksinert. En mer systematisk tilnærming til vaksinerings er ønskelig både fra pasientperspektiv og samfunnsøkonomisk perspektiv.

Influenza

Årlig blir trolig opp mot 10 % av alle nordmenn syke av influensa. Influenza er en hyppig årsak til luftveisinfeksjoner (5). Influenza gir ingen alvorlig sykdom hos mennesker som er friske fra før (6). Hos enkelte pasienter med underliggende kronisk sykdom derimot kan epidemien vinterstid gi alvorlige konsekvenser i form av pneumoni og i verste fall død. Dette gjelder spesielt pasienter med hjerte – og lungesykdom (5;6). KOLS pasienter har økt risiko for eksaserbasjoner under en influensaepidemi, og dermed hyppigere forekomst av sykehusinnleggelser, påfølgende morbiditet og kostnader for samfunnet (7). Vaksinerer blir derfor et viktig redskap i forebygging av sykdommen (5).

Influensavaksine

Vaksinen gir vanligvis 70-80% beskyttelse, men noe lavere hos eldre (8). Full effekt av vaksinasjon inntreffer etter ca 2 uker. Beskyttelsen holder seg gjennom hele influensasessongen (6). Fordi influensaviruset stadig forandrer seg, anbefales ny vaksinedose årlig (5;6).

Vaksinen bør gis i september-november (8). Bivirkninger av vaksinen er som regel milde og raskt (5-20%) (5). Allergiske reaksjoner og nevrologiske utfall er meget sjeldent og overvåkes nøye (5;6).

Norske retningslinjer

Norge er blant mange land som har anbefalinger for vaksinerer (5). Folkehelseinstituttet (FHI) anbefaler influensavaksine til personer som risikerer alvorlig sykdom eller død hvis de smittes av influensa (6). De som regnes å ha særs nytte av vaksinasjon er:

- Personer med alvorlig luftveissykdommer, særlig pasienter med nedsatt lungefunksjon
- Personer med hjerte- karsykdommer
- Personer med nedsatt infeksjonsforsvar
- Personer med Diabetes Mellitus
- Personer beboende på alders- sykehjem
- Personer over 65 år
- Nærkontakter til personer som ikke bør få influensa (6).

WHO og GOLD anbefaler årlig influensavaksinasjon av KOLS-pasienter (2;9).

Vaksinedekning

Ca en femdel av den norske befolkningen, dvs. ca 900 000 mennesker, tilhører en risikogruppe som nevnt i avsnittet over. Disse burde tilbys vaksine i samsvar med de norske retningslinjene. Årlig distribuerer FHI et visst antall vaksiner tiltenkt risikogruppene. Tallene har variert fra 300 000 til 400 000 doser de siste årene, svarende til en vaksinedekning på 30 –

45 % i risikogruppene (5). For sesongen 2008/09 var vaksinedekningen ca 50 % (8). Norge er likevel et av landene i Europa som har dårligst vaksinedekning (5;10) og WHO's målsetning om vaksinasjonsdekning på minst 75 % hos den eldre delen av befolkningen innen 2010 er dermed fortsatt et stykke unna i den norske befolkningen (8).

Dokumentasjon på effekt av vaksinen

Årlig vaksinerings er tilnærmet universelt anbefalt i de fleste retningslinjer for behandling av KOLS pasienter. Disse anbefalingene har lenge vært basert på observasjonsstudier av eldre (7). En stor kohortstudie på 150 000 eldre pasienter viste en reduksjon på 32 % i hyppigheten av sykehusinnleggelser pga luftveissymptomer (11). En liknende studie av lungesyke pasienter viste en reduksjon av sykehusinnleggelser på 52 % samt en reduksjon av mortalitet på 70 % (12). I en metaanalyse av 20 kohortstudier av influensavaksinerings blant eldre var den estimerte vaksineeffekten for å forebygge luftveissykdom, pneumoni, sykehusinnleggelse og død henholdsvis 56 %, 53 %, 50 % og 68 % (13). I en studie fra Amerika gjort på 140 000 eldre over to sesonger ble det funnet en reduksjon av pneumonier, hjertesykdom, slag og død, på henholdsvis 32-29%, 19%, 16-23% og 48-50%. NNT for å forhindre en sykehusinnleggelse eller et dødsfall var 65 (14). Flere studier har også vist at vaksinasjon er svært kostnadseffektivt for samfunnet. Nichol 1998 har estimert en reduksjon av helseutgifter på \$ US171 pr vaksinerter risikopasient pr år (11).

Nylig ble det publisert en oversiktsartikkel i Cochrane som tar for seg problemstillingen rundt vaksinerings av KOLS pasienter. RCT'er som sammenlikner vaksine med placebo ble inkludert, totalt 11 studier. 6 av studiene var særskilt gjort på KOLS pasienter, mens de 5 øvrige studiene var gjort på eldre, hvorav en del hadde kronisk lungesykdom. Resultatene viser at det nå er bevis fra RCT at vaksinerings reduserer antall eksaserbasjoner (reduksjon på 37 %, 95 % KI 64 – 11%) hos KOLS pasienter sammenliknet med placebo. Foreløpig viste ingen av studiene signifikant effekt på antall sykehusinnleggelser eller mortalitet, men det var få av studiene som rapporterte disse utfallene. Studiene er små, og kan være rammet av type 2- feil, som resulterer i ingen signifikant forskjell (7).

Konklusjon

Norske retningslinjer (FHI) anbefaler KOLS pasienter årlig vaksinerings mot influensa (3). Med forankring i litteraturen finnes bevis, fra observasjonsstudier, på effekt av vaksinerings både når det gjelder morbiditet og mortalitet. Det er også bevis på kostnadseffektivitet. Få RCT'er er hittil utført, men en nylig oversiktartikkel som sammenlikner 11 RCT'er beviser signifikant effekt på antall eksaserbasjoner. Dog er det foreløpig ikke bevis fra RCT på endepunkter som sykehusinnleggelser, pneumonier og mortalitet. Likevel finner vi og

myndigheter det aktuelt å anbefale vaksine til KOLS pasienter årlig basert på de nasjonale retningslinjene samt studier som foreligger.

Søkemetoder

Vi ønsket hovedsakelig å søke etter systematiske oversiktsartikler. Det ble derfor gjort et systematisk søk i Cochrane Library med søkeordene: "vaccine", "vaccination", influenza vaccine" and "chronic obstructive pulmonary disease". Dette resulterte i en nylig publisert artikkel fra 2009, kalt "Influenza vaccine for patients with chronic obstructive pulmonary disease", som danner utgangspunktet for denne oppgaven. Det ble videre utført søk i NEL, helsebiblioteket, på FHI og WHO sine hjemmesider samt i Tidsskriftet for den Norske Legeforening. For å sikre at vi hadde fått med oss relevant litteratur gikk vi referanselistene til de artiklene vi fant, og søkte deretter opp enkeltstudier. Vi søkte videre i Cochrane Library etter systematiske oversikter som kunne hjelpe oss til å finne forankring i litteraturen for hvilket tiltak vi kunne gjennomføre for å implementere kunnskapsgrunnlaget i daglig praksis. Vi benyttet søkeordene: "influenza and vaccine", da fant vi oversiktsartikkelen "Patient reminder and recall systems to improve immunization rates",

Forbedringsprosessen

Praksis for influensavaksinering i Norge

Vaksinedekning i Norge er på mellom 30-50 %, dette er lavt i europeisk standard (5;8). Tall på hvor mange av KOLS-pasientene i Norge som mottar vaksine årlig mangler per i dag.

Vaksinene distribueres fra Folkehelseinstituttet direkte til smittevernansvarlig lege i kommunen/bydelen. Sykehusene blir vanligvis bedt om å vaksinere inneliggende risikopasienter. Ellers foregår vaksineringen i primærhelsetjenesten. Prisen for en vaksine ligger på om lag 40 kroner. Utsending av vaksinen foregår i september/oktober.

Vi har i vært i kontakt med Kolbu legesenter, Lena legekantor, Fornebu legesenter, Gågata legesenter (Kongsvinger) og Nes legesenter. Det foreligger en uttalt variasjon i praksis mellom de forskjellige legekantorene. Alle legekantorene har tall på antall vaksiner som er satt, og kontroll på hvilke pasienter som har fått, men det er ingen kontroll på at alle som burde ha fått, har fått tilbud om vaksinasjon. Følgende tiltak ble benyttet: Pasienter blir ofte informert og anbefalt vaksinering under konsultasjon med lege, ofte i forbindelse med konsultasjon for andre årsaker enn sin KOLS. Det fantes på de fleste legesentrene generell informasjon om vaksinering i form av brosjyrer og plakater. Enkelte legekantorer informerer om vaksinering gjennom lokalavis eller liknende publikasjon i lokalmiljøet. Mange pasienter er og informert om sin sykdom og oppfølging og dermed kjenner til nytten KOLS-pasienter har av vaksinering.

En annen utfordring ville blitt å holde et register med over 900 000 mennesker oppdatert og hvert år sende ut påminnelser om vaksinering. Et alternativ hadde vært å sende ut et brev med påminnelse til alle over 65 år basert på folkeregisteret, men også dette er et stort prosjekt.

Man kunne også argumentert med at dette var et privat anliggende, og at FHI og norske myndigheter drev ”skremselspropaganda,” og at dette kunne virke opprørende på folk.

En sentral løsning for å nå ut til pasientene er altså ikke aktuelt enda og kommer kanskje heller ikke til å bli det. Man må derfor i stor grad se på hva man kan gjøre lokalt for å bedre vaksinasjonsdekningen blant risikopasientene. Lokalt mangler man imidlertid også en oversikt over hvor mange av pasientene i praksisen som faller inn under risikogruppene f. eks. KOLS. Datasystemene som brukes er per i dag ikke i stand til å plukke ut pasientene med spesifikke diagnoser.

Litteraturgrunnlag; hvordan øke vaksinasjonsdekningen?

I en Cochrane-studie publisert i 2009 så man på effekten av påminnelser direkte til pasientene for å øke vaksinasjonsdekningen (15). Effekten av tiltak for å øke vaksineringen for flere

ulike vaksiner ble evaluert, blant annet influensavaksine for voksne. I denne artikkelen fant man at i USA i 1997 fikk om lag 65 % av alle over 65 år influensavaksine. I 2006 hadde dette steget til 69,3 %. Videre så man at de som kom fra lavere sosiale lag hadde lavere immuniseringsdekning enn de som kom fra høyere sosiale lag. Det var også store forskjeller mellom etniske grupper.

Studien så på følgende type intervensjoner for å øke vaksineringsen:

- Brev direkte til pasientene.
- Postkort til pasientene.
- Person-til-person telefonsamtale for å minne pasientene om vaksineringsen.
- Automatisk telefonbeskjed.
- Kombinasjoner av telefon og postkort.
- Direkte påminnelse fra lege ("provider").

Studien inkluderte 47 studier, om lag 2/3 av disse utført i USA, resten i andre vestlige land. 20 av studiene omhandlet bl.a. influensavaksineringsen av voksne. Man fant at pasienter som hadde mottatt en form for påminnelse hadde større sannsynlighet for å ha tatt vaksinen sammenliknet med de som ikke hadde mottatt påminnelse (OR 1,57). Spesifikt for influensavaksinen for voksne var OR 1,66 (CI 1,31-2,09). Den intervensjonen som i følge denne studien hadde best dokumentert effekt var personlig telefonsamtale. Den hadde en OR på 1,92. Brev til pasienten angående vaksinen var det nest beste, med en OR på 1,79.

Postkort, automatisk telefonbeskjed og kombinasjonen av disse var også statistisk signifikante. Cochrane-analysen har også et lite avsnitt om kost-nytte i forhold til innkallelse/påminnelse om vaksineringsen. Man konkluderer her med at type intervensjon er såpass forskjellig at det er vanskelig å trekke konklusjoner. Den dyreste formen for påminnelse er imidlertid personlig telefonsamtale, mens brev/postkort er noe billigere (15).

Intervensjon

For å øke andelen av KOLS-pasientene som i en utvalgt allmennpraksis mottar influensavaksinen årlig ønsker vi å gjennomføre en journalgjennomgang, og lage et register over pasientene med diagnosen KOLS. Videre vil vi deretter sende ut et standardisert brev til pasientene i dette registeret med informasjon om influensavaksineringsen i september/oktober. Som en del av journalgjennomgangen vil vi også registrere andelen av KOLS-pasientene som mottok influensavaksinen foregående år, slik at vi har et godt sammenlikningsgrunnlag når vi skal gjennomgå effekten av vår intervensjon.

Indikatorvalg

Indikatoren vi har valgt er andelen KOLS-pasienter som vaksineres. Vi vil, i journalgjennomgangen, registrere andelen av KOLS-pasienter som fikk vaksinen i foregående år, altså før intervensjonen ble i gang satt. Etter endt intervensjon vil vi gå gjennom hvor stor andel som nå har mottatt vaksinen. Dermed kan vi etter endt intervensjon sammenligne andelene fra de to årene, for å se en eventuell effekt av tiltaket. Bakgrunnen for at vi valgte andelen vaksinerte KOLS-pasienter som indikator, er at kunnskapgrunnlaget for vaksinerings av KOLS-pasienter er tilstede. Det er enkelt å måle denne indikatoren, og den er sensitiv for forandring.

Man kan tenke seg at man ved å gjennomføre et slikt tiltak på et allmennlegekontor ville øke den generelle oppmerksomheten rundt influensavaksineringen, og derved påvirke legen og helsesekretærene til å være mer frempå ved anbefaling av vaksinen. Dette ville kunne gi vår ”brev-intervensjon” en noe falskt forhøyet andel vaksinerte KOLS-pasienter i forhold til fjorårets. Dette vil imidlertid være vanskelig å kontrollere for, og risikoen for denne type feil ansees å være akseptabel. Vi regner med at legene/helsesekretærene også under fjorårets influensavaksinering anbefalte pasientene vaksinasjon.

Fordeler ved denne intervensjonen

Den viktigste fordelen av å innføre intervensjonen vil være økt vaksinasjonsdekning blant KOLS pasienter. Fra samfunnsmedisinsk ståsted vil dette være til nytte både for pasientene, som kan unngå infeksjoner, eksaserbasjoner og sykehusinnleggelser, og samfunnet for øvrig. Økt vaksinasjonsdekning vil kunne gi økt ”flokk-”immunitet, og derved gi mindre sykелighet for populasjonen sett under ett. Redusert morbiditet og færre KOLS-eksaserbasjoner vil videre føre til mindre bruk av medisiner, færre legekonsultasjoner og færre sykehusinnleggelser. Totalt sett vil tiltaket være kostnadseffektivt. Vaksinen i seg selv er relativt billig, og utsendelse av brev også kan gjennomføres uten store kostnader.

Ulemper ved denne intervensjonen

Tiltaket krever økte personalressurser i en allerede travel hverdag for alle på legekontoret. Spesielt vil det tilkomme en økt arbeidsbyrde på helsesekretærene (bla. oppdatere registrene), samt stille større krav til tverrfaglig samarbeid på allmennlegekontoret. Økt vaksinerings vil kunne medføre økt frekvens av bivirkninger. Bivirkningene er imidlertid oftest milde. Frekvensøkning innebærer imidlertid at legene må innrapportere disse hyppigere. Til slutt finnes det antakeligvis pasienter som ikke ønsker å inkluderes i et slikt register, dette må selvsagt respekteres. Tiltak for å øke vaksinasjonsandelen kan av enkelte oppfattes som

”skremselspropaganda” og at slike påminnelser er et inngripen i privatlivet. Pasientsamtykke bør innhentes før man sender ut årlige påminnelser om vaksinen.

Andre intervensjoner som ble diskutert

Personlig telefonsamtale har vist seg å være det mest effektive tiltaket for å øke vaksinasjonsdekningen. Imidlertid er dette både mer tidkrevende og kostbart enn påminnelse via standardisert brev. Vi bestemte oss derfor tidlig for at dette ikke var en metode vi anså som gjennomførbart. Videre var vi innom tanken på SMS-innkallelse. Dette er et tiltak som har blitt tatt i bruk ved enkelte poliklinikker, tannlegekontor og liknende. I dagens samfunn blir stadig flere av oss tilgjengelige via mobiltelefon. Pasientgruppen vi ønsker å kontakte er imidlertid i stor grad eldre mennesker, mange over 80 år. Vi tviler på at bruken av mobiltelefon og SMS i denne aldersgruppen er høy nok til å rettferdiggjøre et slikt tiltak. Liknende argumentasjon kan brukes om innkallelse via e-post, som ville vært både billigere og mindre tidkrevende. I tillegg vil man ha et problem med pasientsikkerhet ved bruk av internett.

Prosess og organisering for bedre praksis

Gjennomføring

Dette er et prosjekt som kan gjennomføres på alle allmennlegekontor i Norge. Vi ser for oss at det vil være gunstig å gjennomføre et pilotprosjekt på et allmennlegesenter med flere leger som har god dekning med støttepersonell som helsesekretærer eller lignende. Dersom flere leger med fastlegepraksis deltar i pilotprosjektet med sine pasientlister vil det gi et større materiale som vil gjøre prosjektet mer valid og slagkraftig. Hensikten med et slikt pilotprosjekt er muligheten for å skaffe til veie konkrete resultater, erfaringer og eventuelle problemer i tilknytning til en slik implementering. Resultatene må deretter evalueres, og eventuelt presenteres andre allmennlegekontor, helsemyndigheter og politikere. Vi ser for oss at dersom det lages retningslinjer fra sentrale myndigheter for vaksinepraksis vil de kunne bedre vaksinedekningen og legenes bevissthet rundt vaksinerings på lang sikt.

Informasjonsmøte

I startfasen av pilotprosjektet ønsker vi å ha et møte med legekontoret og alle dets ansatte. Det er viktig for å gi de ansatte på legekontoret et innblikk i viktigheten av prosjektet og få kjennskap til hvilke tanker vi har gjort oss rundt gjennomføringen av pilotprosjektet. Det vil da også være mulig for de involverte på legekontoret å ta opp eventuelle problemer rundt gjennomføringen og endringer om dette skulle bli nødvendig. Derfor må også alle involverte parter delta på møtet; ledere, leger og andre helsearbeidere på legekontoret. Det hadde også vært ønskelig om kommunelegen også hadde fulgt prosjektet.

På et informasjonsmøte vil vi gi dokumentert informasjon om effekt av vaksinerings hos KOLS pasienter. Dette vil vise hvorfor pilotprosjektet bør gjennomføres, samt gi en pekepinn på hvilken informasjon som bør formidles videre til pasientene når spørsmålet om vaksinerings kommer opp i møte med pasientene. Det er svært viktig å få frem viktigheten av vaksinasjon, da de involverte vil bli mer motiverte for å gjennomføre prosjektet. Samtidig må pasientene og personer involvert i prosjektet informeres nøye om mulige bivirkninger. Kunnskap om prosjektet og gunstige helseeffekter som følge av tiltaket må formidles fra helsearbeiderne til pasientene, og helsearbeiderne må ha kunnskap nok til å svare på spørsmålene pasientene måtte sitte inne med. Det er viktig å få fram eventuelle motforestillinger og problemområder på forhånd slik at man kan komme problemer i forkjøpet.

Ledelsesaspekt

Det må utnevnes en leder for prosjektet på allmennlegesenteret. Det trenger ikke nødvendigvis å være en person som er leder fra før, men det må være en person som er motivert for rollen og har kapasitet til å ta på seg denne oppgaven. Denne lederen skal lede fremgangen og delegere oppgaver til andre på kontoret, og forvisse seg om at oppgavene blir gjennomført innenfor gitte tidsfrister.

Proessen



Helt konkret ser vi for at gangen i pilotprosjektet blir som følger. En helsesekretær går gjennom pasientjournalene for å plukke ut de pasientene med diagnosen KOLS. Det noteres samtidig hvor mange av KOLS pasientene som fikk vaksine i fjor, slik at vi kan finne andelen av vaksinerte KOLS-pasienter foregående sesong. Pasientene som havner i målgruppen for prosjektet vil få tilsendt et standardbrev (se vedlegg) i posten med informasjon om vaksine, både helsegevinster og mulige bivirkninger. Det vil være mulighet for disse pasientene å

stikke innom legekantoret uten timeavtale for å bli vaksinerte av helsesekretærene. Etter seks måneder gjøres en ny gjennomgang av listen med pasienter med KOLS for å finne andelen som har blitt vaksinert. Det må opprettes en dato for evaluering av tiltaket og en oppsummering av resultatene etter endt periode. Vi ser for oss en prosjektperiode på 6 måneder (vinterstid). Hvis sluttevalueringen konkluderer med god effekt av tiltaket bør prosjektet videreføres hvert år for å opprettholde de gode rutinene. Arbeidsmengden vil være vesentlig mindre når rutiner, brev og pasientregister allerede er opprettet. Kontinuerlig oppdatering av listen over KOLS-pasienter er essensiell, spesielt viktig her er spirometrimålinger på legekantoret og epikriser fra andre instanser. Legekantoret anbefales og å lage en ”endringsboks”, hvor forslag til endringer underveis, gjennom dette er man sikret at gode ideer og problemer kommer med i sluttevalueringen.

Evaluering

På evalueringsmøtet, med alle involverte parter (kanskje og noen pasienter), må det tas opp hvilke problemer som oppsto underveis, samt om det er noe i prosessen som kan forbedres. Resultatene som er oppnådd presenteres, hypotesen vår er at vi finner en signifikant forskjell i antall som velger å vaksinere seg sammenlignet med antallet som valgte å vaksinere seg før prosjektet ble iverksatt. Gjennomgang av innspill til ”endringsboksen”.

Prosjektgruppen ser for seg at dette kan være noen av problemene som kan oppstå, og som og må gjennomgås på informasjonsmøte. Var det mye arbeid med å finne fram til pasientgruppen? Ble disse forberedelse gjort på en korrekt måte? Man kan se for seg at mer moderne versjoner av journalsystemene som benyttes på allmennlegekontorene kan ha en søke-funksjon som kan lette arbeidet med å plukke ut pasientgrupper i fremtiden, men dette er ikke tilfelle per i dag. Det må evalueres om selve gjennomføringen av kontakten med pasientene var god og effektiv. Møtte pasientene til vaksinering? Ble det mye venting på pasientene? Ble det en betydelig økning i arbeidsmengde for helsesekretærene? Hadde man nok vaksiner? Var pasientene fornøyde, eller var de misfornøyde? Ble det rapportert bivirkninger? Hadde man bestilt nok vaksiner? Hadde det vært bedre å ringe hver pasient fremfor å bare sende brev. Kanskje flere ville møtt til vaksinering da? Men ville det vært kostnadssvarende? Det må også tas stilling til om prosjektet ønskes videreført og forbedret i det kommende året. Erfaringene, motivasjonen og tilbakemeldingene til de som har deltatt i prosjektet vil være av stor betydning for om prosjektet vil kunne gå over tid.

Resultat

Resultatet på prosjektet vil bli vurdert i forhold til indikatoren. Er det en større andel av de med KOLS som fikk vaksinen i år enn det var året før. Hvor mange prosent av de med KOLS

fikk vaksinen? Det burde optimalt være 100 %. Det viktige her vil være om resultatene er signifikante. Det må tas med i betraktingen om prosjektet ble gjennomført tilfredsstillende, som diskutert i forrige avsnitt.

Diskusjon

KOLS er en utbredt sykdom i Norge. Den kjennetegnes ved luftveisobstruksjon og skyldes i hovedsak sigarettøyking. Behandling av KOLS tar sikte på å hindre videre utvikling av sykdommen. En del av denne behandlingen er influensavaksinering for å unngå eksaserbasjoner. KOLS-eksaserbasjoner er et vanlig fenomen i mottak på sykehus. En pasient som har opplevd en eksaserbasjon har dårligere langtidsprognose, sammenlignet med KOLS-pasienter uten eksaserbasjoner (1). Influensa vil kunne utløse eksaserbasjon hos pasienter med KOLS og vil derfor være nyttig i behandlinger av disse pasientene(1).

Prosjektet vil være avhengig av et tverrfaglig samarbeid mellom leger, sykepleiere, bioingeniører og helsesekretær. Man vil finne KOLS pasienter, sende dem et brev med informasjon om helsegevinster, mulige bivirkninger og informasjon om mulighet for vaksinering, og vaksinere dem når de kommer innom på kontoret. Alt må registreres for å vise effekten av prosjektet. Det vanskeligste punktet er å få de involverte partene til å gå gjennom sine pasientlister, som er en tidkrevende prosess. De andre elementene er relativt enkle å få utført. Det vil være viktig at prosjektet ikke genererer mye ekstraarbeid som må kompenseres av økte lønninger eller går ut over annet arbeid på kontoret. Kanskje man må opprette nye stillinger for at alle oppgaver skal bli gjort. Om ikke vil antagelig legekontoret ikke gjennomføre prosjektet fremover.

Det er viktig at andre legekantor og helsemyndigheter får informasjon om resultatene av prosjektet. Kanskje kan resultatene publiseres i Tidsskriftet.

Vi har stor tro på at dette prosjektet vil kunne få en økt helsemessig gevinst hos de med KOLS. Samfunnsøkonomisk vil det også gi gevinst. Problemet ligger i å få allmennlegekontorene til å gjennomføre prosjektet. De vil i starten kunne oppleve økt arbeidsmengde. Dette må derfor kompenseres i en økonomisk gevinst i form av flere konsultasjoner og inntekt på vaksineringen. Prosjektet er ellers i en slik form at det er enkelt å gjennomføre på et hvilket som helst legekantor.

Per i dag har vi i Norge ikke et sentralt register over hvem som bør motta influensavaksinen. Det finnes både juridiske og praktiske årsaker til dette. Muligheten for å opprette et helseregister er svært strengt regulert via norsk lov. I tillegg er det, som tidligere nevnt, om lag 900 000 som tilhører en av risikogruppene. Videre er det ingen garanti for at kriteriene for hvem som faller inn i risikogruppene holder seg stabilt. Altså burde man kanskje ha spesifikke diagnoseregistre dersom man skulle se for seg et slikt sentralt system.

PROSJEKTOPPGAVE DEL II

Referanseliste

- (1) Petter Gievær. Lungesykdommer. Universitetes forlaget; 2008.
- (2) GOLD. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) - Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2009.
- (3) Folkehelseinstituttet. Råd om influensaforebygging, vaksine & legemidler. http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,3388:1:0:0::0:0 2010
- (4) Den norske lægeforenings strategigruppe for KOLS. Veileder til diagnose, behandling og forebygging av kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). 2002.
- (5) Bergsaker M, Hungnes O, Iversen B. [Vaccination against influenza--why, for whom and with which vaccine?]. Tidsskr Nor Lægeforen 2006 Nov 2;126(21):2814-7.
- (6) Folkehelseinstituttet. Vaksinasjonsboka - Veiledning om vaksinasjon for helsepersonell. 2006.
- (7) Poole PJ, Chacko E, Wood-Baker RW, Cates CJ. Influenza vaccine for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev 2009;(1):CD002733.
- (8) Folkehelseinstituttet. Influenza. http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5799&MainArea_5661=5799:0:15,1904:1:0:0::0:0&MainLeft_5799=5544:55787::1:5800:59::0:0 2009
- (9) WHO. Weekly epidemiological record. <http://www.who.int/docstore/wer/pdf/2000/wer7535.pdf> 2000;35:281-288.
- (10) Macroepidemiology of influenza vaccination (MIV) Study Group. The macro epidemiology of influenza vaccination in 56 countries, 1997-2003. Vaccine 2005;23:5133-43.
- (11) Nichol KL, Wuorenma J, von ST. Benefits of influenza vaccination for low-, intermediate-, and high-risk senior citizens. Arch Intern Med 1998 Sep 14;158(16):1769-76.
- (12) Nichol KL, Baken L, Nelson A. Relation between influenza vaccination and outpatient visits, hospitalization, and mortality in elderly persons with chronic lung disease. Ann Intern Med 1999 Mar 2;130(5):397-403.
- (13) Gross PA, Hermogenes AW, Sacks HS, Lau J, Levandowski RA. The efficacy of influenza vaccine in elderly persons. A meta-analysis and review of the literature. Ann Intern Med 1995 Oct 1;123(7):518-27.
- (14) Nichol KL, Nordin J., Mulloly J. Influenza vaccination and reduction in hospitalization for cardiac disease and stroke among elderly. N Eng J Med 2003;348:1322-32.
- (15) Vann JC, Szilagyi PG. Patient reminder and recall systems to improve immunization rates. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 2009;(3).
- (16) Lund Ø. Perspektiver på ledelseelse. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2009.

Vedlegg

Til (navn fylles inn)

Sted (fylles inn) + dato

Informasjon om vaksinerings av KOLS pasienter.

Vaksinasjon er den beste beskyttelsen mot influensa. Helsemyndighetene anbefaler risikogrupper å vaksinere seg for å hindre alvorlig sykdom og død. Fordi du er rammet av KOLS/kronisk lungesykdom tilhører du en risikogruppe.

For de fleste som smittes vil influensaen være mild, men noen blir alvorlig syke.

Helsemyndighetene anbefaler vaksinerings for å hindre at du blir syk av influensa og for å hindre komplikasjoner og død. Ved at du er vaksinert, bidrar du i tillegg til at du ikke smitter familiemedlemmer og andre nærkontakter. All vaksinasjon i Norge er frivillig.

Influensavaksinen er godkjent i Norge. Bivirkningene ved influensavaksinasjon er som regel få og milde.

Vaksinerings på legekantoret:

Du inviteres nå til vaksinerings på fastlekantoret. Du må ta med fødselsnummer (11 siffer) når du møter opp til vaksinasjon. Etter vaksinerings må du vente 20 min i lokalet for observasjon.

Kontakt legekantoret ved spørsmål angående vaksinasjon.

Vennlig hilsen

(Fylles inn)